

抗インフルエンザ薬吸入指導報告書（イナビル吸入粉末剤用）

報告日 年 月 日

医療機関名	京丹後市立久美浜病院	薬局名	
診療科		指導薬剤師	
主治医		指導日	年 月 日
患者 ID			
患者名			
処方箋発行日	年 月 日		

【投与前確認事項】

- ・ 乳製品・乳蛋白アレルギー : ☐ なし ☐ あり（医師確認済） ☐ 不明
- ・ 吸入薬使用歴 : ☐ あり ☐ なし

【指導内容・方法】

- ☐ 異常行動に関する説明 ☐ 療養上の注意事項（登校・出勤・外出等）
- ☐ 保護者等への見守りについて説明 ☐ 薬剤師立会いによる吸入実施確認（必須）

【理解度確認】

- ☐ 吸入回数（単回投与）の理解
- ☐ 薬剤特有の注意点（異常行動等）と対策の理解
- ☐ 異常行動等に対する保護者等の理解（必要時）

【医療機関への情報提供事項】

- ☐ 問題なく吸入完了
- ☐ 一部介助にて吸入完了

【特記事項】